

UNIVERSITE DE LYON

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. — N° 53

TRAITEMENT PRÉCOCE
DE
L'OSTÉOMYÉLITE AIGUE

PAR L'ABCÈS DE FIXATION

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 28 Juin 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RENÉ LAMOUNETTE

Ancien externe des Hôpitaux de Lyon

Ancien interne des Hôpitaux d'Alger

Né à Toulouse le 8 novembre 1889



LYON

ANCIENS ÉTABLISSEMENTS LÉGENDRE

14, rue Bellecordière, 14

1919

UNIVERSITE DE LYON

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. — N° 53

TRAITEMENT PRÉCOCE
DE
L'OSTÉOMYÉLITE AIGUE
PAR L'ABCÈS DE FIXATION

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 28 Juin 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RENÉ LAMOUNETTE

Ancien externe des Hôpitaux de Lyon

Ancien interne des Hôpitaux d'Alger

Né à Toulouse le 8 novembre 1889



LYON

ANCIENS ÉTABLISSEMENTS LEGENDRE

14, rue Bellecordière, 14

1919

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.
LEPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LEPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM TEISSIER
Cliniques chirurgicales.....		ROQUE
Clinique obstetricale et Accouchements.....	}	BARD.
Clinique ophtalmologique.....		TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...	}	BERARD.
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....	}	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.	}	LEPINE (J.)
Chimie biologique.....		WEILL.
Chimie organique et toxicologique.....	}	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.....		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	}	HUGOUNENQ.
Anatomie.....		MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....	}	MORFAU.
Physiologie.....		GUIART.
Pathologie interne.....	}	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		X.
Anatomie pathologique.....	}	DOYON.
Médecine opératoire.....		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....	}	X.
Médecine légale.....		PAVIOT
Hygiène.....	}	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.....		X.
Pharmacologie.....	}	ETIENNE MARTIN.
		COURMONT (P).
		PIC
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	MM. LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,	agrégés
Propédeutique de gynécologie.....	CONDOMIN.	—
Chirurgie infantile.....	NOVÉ-JOSSERAND.	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Embryologie.....	LATARJET.	—
Anatomie topographique.....	PATEL.	—
Botanique.....	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD.	—
Clinique infantile.....	MOURIQUAND.	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	BRETIN	GUILLEMARD	COTTE
COMMANDEUR.	LERICHE	POLICARD	DUROUX
NEVEU-LEMAIRE	THEVENOT (Léon)	GARIN	BONNAMOUR
LAROYENNE	TAVERNIER.	SAVY	chargé des fonctions
VORON.	CADE	FROMENT	SARVONAT
NOGIER.	MOURIQUAND	THEVENOT (Lucien)	chargé des fonctions
LATARGET	ARLOING (F.)	PIÉRY	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PIC, président; LANNOIS; MOURIQUAND et THÉVENOT Lucien.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

DÉDICACES

— *A la mémoire de mon frère André LAMOUNETTE, mort au Champ d'honneur.*

— *A la mémoire de mon ami Frédéric LEMCK, mort au Champ d'honneur.*

— *A la mémoire de mon maître et ami le Professeur Gustave SCHERB, de la Faculté de Médecine d'Alger.*

— *A mes parents et à mes amis.*

— *A mes maîtres des Facultés et des Hôpitaux de Lyon et d'Alger.*

— *A M. le Docteur VIGNARD, qui a bien voulu nous confier ce sujet de thèse et nous aider de ses conseils.*

— *Au Professeur PIC, qui nous fait l'honneur de présider notre thèse.*

INTRODUCTION

La méthode thérapeutique des abcès de fixation a, depuis sa présentation par Fochier, été très employée en France, surtout et plus particulièrement par l'école lyonnaise.

Malgré le grand nombre de cas favorables, elle est restée très discutée, parce que son mode d'action s'explique mal, parce qu'on n'a pu encore la baser sur l'expérimentation, parce qu'elle est restée en quelque sorte une méthode empirique.

Nous apportons, ici, une série d'observations traitées avec des résultats favorables par l'abcès de fixation. Ces observations portent sur une affection pour laquelle on n'avait pas encore essayé cette thérapeutique, l'ostéomyélite aiguë

Ces observations sont tirées du service de chirurgie infantile du docteur Vignard, qui a eu l'obligeance aussi de nous communiquer deux observations personnelles.

Nous l'en remercions vivement, ainsi que de l'appui qu'il a bien voulu nous donner, en nous aidant de ses conseils dans la rédaction de ce travail.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE PREMIER

Historique

C'est en 1875 que Fochier eut, pour la première fois, l'idée de l'abcès de fixation. Traitant une malade atteinte d'infection puerpérale grave par des injections sous-cutanées de sulfate de quinine, une de ces injections provoqua un abcès accidentel. Dès cet instant, il vit les symptômes infectieux s'amender progressivement, puis rétrocéder. La malade guérit.

Rapprochant cette observation de cas analogues où l'amélioration, dans d'autres affections pyogènes, avait été constatée dès leur localisation sous forme d'abcès dans l'organisme (phlegmon du ligament large, abcès du sein, mono-arthrite ou simple suppuration dans le tissu cellulaire sous-cutané), il a l'idée d'imiter la nature en provoquant la suppuration. Il avait créé la méthode des abcès de fixation.

Après divers tâtonnements dans le choix de la

substance à injecter (solution de sulfate de quinine acidifiée, nitrate d'argent, cultures microbiennes atténuées), son choix se fixa sur l'essence de térébenthine, produit sur lequel des travaux contemporains avaient plus particulièrement attiré son attention.

C'est au mois de juillet 1891 qu'il communique à la Société médicale de Lyon, de nombreux cas d'infection puerpérale traités avec succès par la nouvelle méthode.

Il conclut en disant : « Je conseille de provoquer artificiellement la formation d'abcès dans les états infectieux où l'on peut voir spontanément se produire des suppurations, et dans toute infection générale pouvant devenir, dans certaines circonstances, des affections pyogènes généralisées (grippe, fièvre typhoïde, pneumonie).

Cette communication attire l'attention sur l'abcès de fixation et, dès cette époque, de nombreux cas sont publiés se rapportant à l'emploi de ce nouveau traitement dans les maladies infectieuses, plus particulièrement dans la fièvre puerpérale et dans la pneumonie. Dans la multitude des observations et des publications, nous rappellerons les principales.

Le professeur Lépine, en 1892, dans la *Semaine médicale* ; Dieulafoy, Gingeot-Rendu, dans la même revue ; Raoul de Sergine, dans la *Revue thérapeutique* ; Franc, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* ; Mossé, dans le *Midi Médical* ; Grenelle, dans le *Bulletin Médical des Vosges* (1892).

Sept cas sont communiqués par le professeur Polosson.

En 1899, paraît la thèse de Trifon, un des travaux capitaux sur cette question. Avec la plupart des observations précédentes, l'auteur apporte vingt-neuf observations du service de Fochier.

Les conclusions en sont l'inocuité du traitement, les indications sont celles exprimées par Fochier l'auteur insiste sur la grande valeur pronostique de l'abcès de fixation et se déclare partisan de la méthode.

Parallèlement, aux travaux publiés en France, signalons à l'étranger ceux de Revillod parus dans la *Suisse Romande* (1892) ; les thèses de Dutremble (1894) ; Senn (1898) ; les observations de Colladon en 1896 et de Gauthier, de Genève, en 1896. Ceux de Boule parus en 1899 dans les Archives de Virchow, de Mercondino et Pinna en Italie ; Guillaumont, de Nancy, rapporte dans sa thèse (1893), trente cas de pneumonie traités avec succès par l'abcès de fixation.

Parmi les adversaires de cette méthode, Chantemesse et Marie publient huit insuccès dans la pneumonie du vieillard et la rejettent expérimentalement en s'appuyant sur l'absence de bactéries dans l'abcès. Citons encore Lardier et Pillman dans la *Revue Médicale de l'Est*. Mme Compano et Codet-Boine, à Bordeaux.

En 1903, Carles publie à Paris une thèse importante contenant cent vingt-huit observations et se déclare partisan de la méthode.

Depuis cette époque, les publications sont plus

rares. Citons une communication de Chéron, en 1903, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris ; six observations de cas très graves, trois suivies de décès. Les travaux de la Torre, à Rome, ceux du professeur Fabre, à Lyon, en 1903, qui conclut à l'action de l'essence de térébenthine, la suppuration n'étant pas, d'après cet auteur, un stade nécessaire de l'action thérapeutique (Thèse de Percerot, 1908-1909) ; la thèse de Voiturier (Lyon, même année) rapportant quarante observations d'infections puerpérales traitées par l'abcès de fixation. Cet auteur conclut à l'inocuité du traitement, à la grande valeur pronostique de la méthode et au point de vue thérapeutique ; il s'exprime ainsi : « L'abcès de fixation, même quand il réagit, même employé tôt, ne guérit pas toute infection. Il n'en est pas moins un très bon agent thérapeutique, et dans les cas favorables, l'amélioration suit de très près, à 24 ou 48 heures d'intervalle la formation de l'abcès. Il est indiqué de le faire dans tous les cas d'infection sérieuse, dès que le traitement local montre son insuffisance, quelle que soit la forme de l'infection, quel que soit l'agent infectieux ».

A l'étranger, les travaux de l'époque ne signalent pas cette méthode.

CHAPITRE II

Technique et étude clinique

Nous insisterons peu sur ce chapitre. Les auteurs sont d'accord sur cette question. Après l'emploi de plusieurs substances d'une façon accidentelle ou expérimentale, le choix semble s'être porté d'une façon unanime sur l'essence de térébenthine. Ses propriétés pyogéniques, et son peu de toxicité l'ont fait choisir.

On se sert de térébenthine du commerce. La stérilisation ne fait que compliquer la méthode, étant rendue inutile par le pouvoir antiseptique de ce produit.

La technique indiquée par Fochier a toujours cours.

L'injection se fait dans le tissu cellulaire sous-cutané, le choix de la région est guidé par la facilité des pansements et de la gêne minima à apporter au malade. Nous la pratiquons dans le flanc, endroit facile à surveiller et à soigner.

La dose injectée est ordinairement 1 cc., renouvelée au bout de 12 heures. On continue une injection par jour, jusqu'à ce que la réaction désirée se produise. Chez les enfants, nous avons usé de doses identiques et, dans des cas graves, nous avons injecté jusqu'à 3 cc. comme première dose, sans qu'il en résulte le moindre inconvénient pour le malade. Certains auteurs ont usé de doses beaucoup plus considérables également sans inconvénient.

Il est nécessaire de pratiquer un nouvel abcès avant l'ouverture de l'abcès mûr lorsque l'infection que l'on traite n'est pas complètement jugulée.

Quelques auteurs laissent l'abcès s'ouvrir naturellement. La règle est d'ouvrir l'abcès lorsqu'il est mûr, quand la peau amincie est prête à s'ulcérer, généralement du sixième au douzième jour. Une simple ponction au bistouri suffit. Après expression de l'abcès, on panse à plat et sans drainage.

Appliquant une méthode déjà tentée avec succès par M. le Professeur agrégé Leriche, et basée sur l'asepticité de l'abcès, M. le Docteur Vignard a pratiqué, après incision et nettoyage de la cavité de l'abcès, la suture primitive de la peau. Les résultats ont été excellents, en supprimant ainsi l'inconvénient de pansements répétés, et en réduisant au minimum les risques d'infection secondaire au niveau de l'abcès.

Les complications sont rares, l'infection secondaire de l'abcès se voit parfois. Elle doit être évitée par des soins rigoureusement aseptiques. Normalement, au bout d'une dizaine de jours de soins, l'abcès est refermé.

CHAPITRE III

Mode d'action

C'est une question sur laquelle les auteurs sont loin d'être d'accord, et la controverse est toujours à l'ordre du jour.

Ecartant comme sortant du cadre de notre question, la thèse du Professeur Fabre, qui soutient que l'efficacité de l'abcès de fixation est due à l'injection de térébenthine, nous restons en présence d'auteurs qui s'appuyant sur les faits suivants :

1° Apparition simultanée de l'amélioration des phénomènes morbides et de la formation de l'abcès ;

2° Absence d'influence de l'injection de térébenthine sur l'évolution de la maladie quand l'abcès ne se forme pas ;

3° Amélioration constatée, quoique à un degré moindre lorsque l'abcès est dû à une substance autre que l'essence de térébenthine.

Admettent que l'action thérapeutique est réelle-

ment due à la réaction de l'abcès, mais sont loin d'être d'accord sur le mode d'action.

Sans avoir la prétention de trancher la question, nous exposerons simplement les diverses théories en présence.

D'après Fochier, l'abcès créerait un centre de moindre résistance où les germes infectieux se porteraient de préférence. Ceux-ci, soustraits à l'organisme, fixés en un point dangereux pour un organe essentiel, les manifestations secondaires de la maladie ne peuvent plus se produire. C'est la théorie de la fixation. Le grand argument qui se présente immédiatement à l'esprit contre cette théorie, c'est l'absence de germes pathogènes dans le pus de l'abcès. Fochier complète sa théorie en se ralliant à l'opinion de Mercadino et Pinna. Ces auteurs ayant observé que la maladie s'aggravait lorsqu'avant l'ouverture de l'abcès, on négligeait d'en former un autre, pensent qu'il se forme sous l'influence de l'irritation des tissus par l'essence de térébenthine des substances solubles neutralisantes qui vont, après résorption, détruire les germes pathogènes et leurs toxines. De nombreuses expériences étayaient cette théorie, expériences Gravitz et de Barry, de Pinna.

D'autres auteurs expliquent la stérilité du pus de l'abcès de fixation par la simple action antiseptique de l'essence de térébenthine, destructive des microbes et de leurs toxines.

Dieulafoy et les auteurs suisses, Revillod et ses élèves, qui ont étudié cette méthode, pensent qu'elle agit par révulsion, fixation et dérivation.

Chantemesse et Pierre Marie pensaient tout d'abord qu'il se créait dans l'organisme hyperleucocytose, mais leurs expériences leur donnaient, au contraire, une diminution du nombre de globules blancs. Par contre, Cartiguera et Bauer constatèrent, après une diminution du nombre de globules blancs dans les premières heures qui suivent la formation de l'abcès, une hyperleucocytose. Les résultats de ces auteurs et de ceux qui ont étudié la formule des globules blancs dans cette méthode sont donc contradictoires et il est bien difficile d'en tirer des conclusions certaines. C'est alors que d'autres auteurs ont formulé des hypothèses ingénieuses et qui ne sont pas encore confirmées par une expérimentation suffisante pour qu'on puisse tabler sur elles.

Pour les uns, il s'agirait d'une distribution différente des leucocytes dans l'appareil circulatoire. (Expérience de Schlutz).

Pour d'autres, on se trouverait en présence d'une augmentation du pouvoir opsonique des globules blancs sous l'effet de l'essence de térébenthine. (Expériences de Bossan).

D'après les connaissances actuelles, il semble donc que la théorie de l'hyperleucocytose n'ayant pu être encore établie d'une façon indiscutable, encore étayée, il est difficile d'expliquer comment agit l'abcès de fixation. Les théories proposées restent hypothétiques.

CHAPITRE IV

Généralités

Nous avons vu que, depuis leur emploi par Fochier, en 1875, les abcès de fixation ont été essayés comme moyen thérapeutique dans un grand nombre de maladies (infection puerpérale, grippe, pneumonie, fièvre typhoïde, etc.).

On n'a jamais eu recours à eux dans les affections aiguës chirurgicales, si nous exceptons les infections puerpérales et, en particulier, il est curieux de constater qu'on n'a jamais tenté leur emploi dans l'ostéomyélite aiguë, maladie infectieuse générale qui, par ses caractères cliniques et, en particulier, par son retentissement sur l'état général, par sa complication fréquente d'accidents septicémiques, paraissait justifier un tel essai : Il ne semble même pas que l'on ait jamais employé les abcès de fixation pour essayer d'arrêter et d'atténuer les accidents infectieux généraux de septicémie, qui se produisent souvent au cours de l'évolution des ostéomyélites aiguës.

C'est tout d'abord en présence de ces cas graves, où l'intervention chirurgicale semble pleine de dangers, que le docteur Vignard a tenté d'appliquer à ces formes d'ostéomyélite la méthode qui avait donné déjà quelques résultats au cours des manifestations septicémiques d'autres maladies. Il s'agissait plus particulièrement de cas vus tardivement, avec gonflement énorme de tout un membre, ou plus fréquemment montrant un œdème des parties molles périarticulaires tellement considérable, qu'il devenait impossible de découvrir l'épiphyse malade, et à plus forte raison, de juger de l'état de l'articulation, de choisir entre une véritable arthrite purulente, ou une simple réaction de voisinage. Il paraissait impossible, dans ces cas, d'instituer une thérapeutique chirurgicale raisonnée, où l'on pouvait craindre également une intervention trop limitée ou trop étendue. D'autre part, la chose eût-elle été possible, que l'état général du patient n'aurait pas permis de supporter le shock d'une intervention souvent longue et s'accompagnant, comme on a malheureusement pu souvent le constater, d'une décharge toxique intense dans l'appareil circulatoire, entraînant une aggravation considérable des phénomènes d'infection.

Les premiers essais furent heureux ; non seulement les phénomènes généraux s'amendèrent, mais aussi souvent l'état local devint tel que l'intervention chirurgicale sembla être superflue et, dans certains cas, réduite à la simple ouverture d'abcès résiduels sans trépanation osseuse.

M. Vignard généralisa, par la suite, ce mode de

traitement et l'appliqua systématiquement aux formes aiguës d'ostéomyélites qu'il put voir : qu'il s'agisse soit d'ostéomyélites aiguës au début mais dont le diagnostic clinique ne faisait aucun doute, soit d'ostéomyélite à la période d'état aux réactions générales et locales voulues, soit d'ostéomyélites graves par l'intensité de la réaction locale inflammatoire et surtout par l'intensité des réactions générales.

Les objections que l'on peut présenter pour certains cas d'ostéomyélites au début et tournant court après les injections d'essence de térébenthine, en rendant inutile l'intervention chirurgicale, viennent immédiatement à l'esprit. Ne s'agissait-il pas de phénomènes infectieux non ostéomyéliques et ces cas suffisaient-ils pour élever à la hauteur d'un véritable traitement thérapeutique de l'ostéomyélite aiguë, les abcès de fixation ? On peut répondre que, dans ces cas, on trouvait des phénomènes locaux subjectifs suffisants pour pouvoir porter sans hésitation le diagnostic clinique de l'ostéomyélite aiguë « douleur, sensation de chaleur, rougeur », et que l'examen d'une épiphyse la montrait chaude, très douloureuse à la pression et donnait cette sensation de véritable fluctuation ou de pseudo-fluctuation faisant pressentir soit une collection purulente, soit cette réaction inflammatoire lardacée et œdémateuse des tissus péri-osseux.

D'ailleurs, parmi les huit observations que M. Vignard a bien voulu communiquer, le diagnostic a été confirmé dans six observations soit par la radiographie, soit par l'ouverture ou la ponction d'abcès résiduels péri-osseux.

CHAPITRE V

Résultats cliniques

Nos recherches ont porté sur six observations du service de M. Vignard, qui a eu de plus l'obligeance de nous communiquer deux de ces observations personnelles.

Avant de les exposer en détail, nous allons les résumer succinctement.

OBSERVATION I. — Blayon Henri. Ostéomyélite grave du fémur gauche. Très mauvais état général. On pratique, dès l'entrée à l'hôpital, un abcès de fixation qui prend. Les phénomènes locaux et généraux s'amendent rapidement. L'intervention chirurgicale est réduite à des ponctions du genou. Diagnostic confirmé par la radio.

OBSERVATION II. — Savio Pierre. Ostéomyélite du fémur gauche. Etat grave du malade qui fait hésiter devant l'arthéotomie de la hanche envisagée. Abcès de fixation qui prend. Au bout de deux jours une amélioration dans l'état de la maladie. Un mois après le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION III. — Lagrange. Ostéomyélite du tibia gauche.
Vu à l'entrée dans un état grave. Malade depuis quinze jours. On
Lamounette

pratique un abcès de fixation. Les résultats sont excellents. Amendement rapide de l'état général et local.

OBSERVATION IV. — J. G... — Ostéomyélite du tibia gauche. Forme grave d'ostéomyélite aiguë. Traitée par l'abcès de fixation, l'immobilisation et les pansements humides, la malade guérit rapidement.

OBSERVATION V. — H. D... Ostéomyélite du fémur, traitée par l'abcès de fixation. Trois ponctions de la cuisse ont permis de ramener un verre et demi de pus. Guérison rapide.

OBSERVATION VI. — Bourgeois Francisque. Ostéomyélite extrémité supérieur de l'humérus gauche. Etat général très mauvais, qui empêche l'intervention chirurgicale. On pratique un abcès de fixation. Amélioration rapide de l'état du malade. Le diagnostic est confirmé par l'ouverture d'un abcès résiduel à la partie antérieure de l'articulation de l'épaule. Guérison complète.

OBSERVATION VII. — Girardin Paule. Ostéomyélite grave du fémur droit. Incision, à l'entrée, d'un abcès situé à la partie antéro-externe de la hanche, huit jours plus tard intervention chirurgicale avec trépanation du fémur. Devant l'aggravation des phénomènes septicémiques, on pratique tardivement un abcès de fixation. Décès le lendemain de l'injection de térébenthine.

OBSERVATION VIII. — Gaillot Claudius. Ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur. Etat général grave, faisant redouter une intervention. Après la formation d'un abcès de fixation, l'état général et l'état local s'améliorent rapidement. Le malade est actuellement dans le service et va bien.

La radio a montré un épaississement de l'épiphyse fémorale.

Ces deux derniers cas peuvent être mis en parallèle. Il s'agit de deux malades entrés à peu près en même temps à l'hôpital et présentant une exacte ressemblance clinique dans leur affection.

Dans l'observation VII, l'ouverture des parties molles et la recherche laborieuse d'un abcès semble avoir

amené une aggravation des phénomènes généraux. Sans doute, ceux-ci ne pouvaient aider définitivement qu'après la libération de l'os, retardée de quelques jours en raison de l'état général, et à la suite de laquelle cependant, la malade a succombé rapidement.

Dans l'observation VIII où, nous le répétons, les phénomènes cliniques identiques étaient similaires, la maladie a tourné court après un abcès de fixation.

CHAPITRE VI

Observations

OBSERVATION I

OSTÉOMYÉLITE DE L'EXTREMITÉ SUPÉRIEURE DU FÉMUR GAUCHE

Savio Pierre, 14 ans.

Entre à l'hôpital le 20 septembre 1912.

Depuis une douzaine de jours, l'enfant se plaint de douleurs dans les membres inférieurs. Il ne peut marcher, délire, a de la fièvre.

A l'examen : le malade souffra dans toute la jambe gauche avec des points particulièrement douloureux au niveau du creux poplité et de de la hanche. La flexion de la jambe sur la cuisse, et de la cuisse sur le tronc provoquent une vive douleur. On ne constate pas d'abcès. La peau a sa coloration normale. Léger gonflement de la cuisse. On note de l'hydarthrose du genou gauche avec choc rotuelien. Au niveau du pli de l'aîne marbrure veineuse très accentuée. Ganglions inguinaux.

La température atteint 40°4 et se maintient autour de 40° depuis trois jours.

21. — La ponction de l'articulation de la hanche en avant du grand trochanter permet de retirer 3 à 4 cc. d'un liquide séreux louche. Comme il n'y a pas de pus véritable on ne fait pas l'arthrotomie. Devant la persistance et l'intensité des phénomènes généraux, on fait un abcès de fixation.

Malgré cela la température persiste, mais l'abcès de fixation semble grossir.

Le 23, la température atteint 40°4. On pense à la possibilité d'une arthrotomie, mais la hanche étant moins douloureuse et les mouvements possibles en grande partie, on laisse les choses en l'état.

Dès le lendemain, la température baisse lentement mais progressivement.

Le 2 octobre, la température atteint 38° ; la hanche est libre. On incise l'abcès de fixation qui est mûr. Les phénomènes généraux et locaux s'amendent et le 21 octobre le malade quitte l'hôpital dans un état satisfaisant.

Le malade a été revu le 4 juillet, huit mois après. Il marche très bien, se plaignant parfois de légères douleurs quand il est trop fatigué.

A l'examen. — Pas de limitation nette des mouvements de la hanche. Le trochanter n'est pas épaissi. La masse musculaire ne permet pas d'apprécier la largeur du fémur. On constate une légère douleur à la pression au niveau de l'extrémité supérieure du fémur et aux mouvements forcés de la cuisse sur le tronc.

OBSERVATION II

OSTÉOMYÉLITE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU FÉMUR GAUCHE

Blayon Henri, 11 ans.

Entre dans le service de M. Vignard, le 7 mai 1913.

L'affection actuelle a débuté il y a une huitaine de jours par de violentes douleurs au niveau du genou gauche, avec impossibilité absolue de marcher. Le lendemain 40°.

7 mai. — *A l'examen* : l'extrémité inférieure de la cuisse gauche est chaude, rouge, tuméfiée, les veines sous-cutanées sont dilatées. On note de la douleur à la pression surtout au niveau de la partie supérieure des condyles fémoraux. Les mouvements de l'articulation du genou sont très limités et très douloureux.

On note un épanchement volumineux dans le genou. Rien au tibia. L'état général est mauvais. Faciès pâle, langue saburrale. L'enfant se plaint continuellement. La température atteint 40°.

On traite l'enfant par le repos, les pansements humides et on fait un abcès de fixation au niveau du flanc droit.

13 mai. — La cuisse est encore tuméfiée mais n'est plus rouge. Le condyle interne est encore douloureux. Peu de sensibilité au niveau

du condyle externe. L'hydarthrose persiste, les phénomènes généraux sont très amendés. La douleur a diminué.

19 mai. — Gros abcès consécutif à l'injection de térébenthine. On l'incise. La température est tombée ; la tuméfaction qui occupait la partie inférieure de la cuisse a disparu. Il persiste encore un épanchement dans le genou. La ponction dans le cul de sac sous-quadricipital permet de retirer quelques centimètres cubes d'un liquide muco-purulent sanguinolent contenant des quantités de gouttelettes graisseuses.

27 octobre. — L'enfant est guéri. On ne constate plus de douleur, plus de gêne dans les mouvements. L'état général est satisfaisant, mais l'extrémité inférieure du fémur reste très épaisse. Le malade a fait de l'insolation jusqu'à ce moment.

7 mai 1919. — Six ans après. Le malade est revu. Il va bien, n'a jamais souffert. On ne constate pas d'atrophie. Les mouvements du genou sont indemnes. On sent encore un épaississement notable de l'os, vérifié par la radiographie, 2 centimètres de différence d'un côté à l'autre.

OBSERVATION III

OSTÉOMYÉLITE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU TIBIA

Lagrange Gilbert, 2 ans et demi.

L'enfant malade depuis quinze jours entre à l'hôpital le 15 mars 1915.

A l'examen. — L'enfant se plaint de douleurs vives au niveau de l'extrémité supérieure de la jambe gauche. Localement on constate du gonflement, de la rougeur et de l'œdème, de la chaleur. La palpation est très douloureuse ; elle permet de sentir une épiphyse tibiale très épaissie surtout au niveau de la crête tibiale. Pas de fluctuation. Rien de particulier au niveau de l'articulation du genou. L'état général est mauvais. La température atteint 40°. Le facies est pâle, la langue saburrale. L'enfant geint continuellement, a des nuits très agitées. Il ne délire pas. On immobilise le membre malade dans une gouttière et l'on fait une injection de 1 cc. de thérébenthine au niveau du flanc.

19 mars. — Les phénomènes généraux se sont amendés, la température n'est plus que de 37,9. L'enfant ne se plaint presque plus et peut reposer.

23 mars. — L'état général est satisfaisant. La température est normale. La jambe a repris extérieurement sa configuration normale. Toute trace de rougeur et d'œdème a disparu.

L'abcès de fixation s'est bien développé. On l'incise le 3 avril. Quelques jours après l'enfant quitte l'hôpital guéri.

Mai 1919. — On écrit à la mère de l'enfant qui répond que, depuis sa sortie de l'hôpital, l'enfant ne s'est jamais plaint et s'est trouvé en excellent état.

OBSERVATION IV

OSTÉOMYÉLITE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU TIBIA GAUCHE

J. G... (Observation personnelle du docteur Vignard).

Angine et grippe en fin décembre 1912 au cours de laquelle survient brusquement une douleur très vive au niveau de l'extrémité supérieure du tibia gauche, douleur bientôt suivie d'un gonflement qui s'étend à l'articulation du genou. La température oscille entre 39.5-40.5. L'état général est mauvais. L'enfant pousse des cris, a du subdélire et souffre au moindre mouvement qu'on imprime au lit, même lorsqu'on marche un peu lourdement sur le parquet.

La malade est vue par le docteur Vignard au troisième jour. Il est presque impossible de l'examiner : la jambe gauche est repliée sur la cuisse, tendue, luisante à sa partie supérieure, l'articulation du genou paraît également distendue. L'enfant est transportée à la clinique endormie ; on se rend compte alors que toute l'extrémité supérieure du tibia gauche est entourée d'une infiltration qui distend les parties molles. L'articulation contient du liquide. On pratique le redressement inférieur du membre sans anesthésie, enveloppement ouaté, gouttière, abcès de fixation.

z

48 heures après celui-ci est en pleine évolution, le membre est moins douloureux, mais la température persiste.

L'abcès évolue et est devenu énorme. Parallèlement les phénomènes inflammatoires et généraux ont rétrocedé et en quelques jours tout est rentré dans l'ordre. L'abcès a été ouvert le dixième jour.

Revu six ans après. L'articulation du genou est parfaitement souple, l'extrémité supérieure du tibia à peine épaissie.

OBSERVATION V

OSTÉOMYÉLITE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU FÉMUR.

H. D..., 3 ans (Observation personnelle du docteur Vignard).

Début le mercredi 1^{er} avril 1914, à 5 heures du soir, par de la fièvre, des douleurs vagues qui bientôt se précisent à l'extrémité inférieure du fémur droit.

Jeudi 2. — Température, le matin 38°5 ; le soir 39°.

Vendredi. — Le matin 39°2 ; le soir 40°2.

La cuisse droite est œdématisée jusqu'en son milieu. Le genou est en flexion.

Mensuration à quatre travers de doigt au-dessus du genou. 24 cent. à gauche, 28 cent. à droite.

Facies vultueux, souffrant, mais malgré tout bon état général. Constipation datant de deux jours. Pansement humide. Absès de fixation. Trois jours après, poussée nouvelle de température et fluctuation dans le genou gauche. Trois ponctions de la cuisse droite permettent de ramener en tout un verre et demi de pus.

Les phénomènes généraux et locaux ont disparu peu à peu.

L'enfant part le 27 avril gardant un peu d'épaississement de l'os non perceptible à la radiographie.

Ce malade a été revu fin 1914, il allait très bien.

OBSERVATION VI

OSTÉOMYÉLITE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DE L'HUMÉRUS GAUCHE

Bourgeois Francisque, 1 an et demi.

Le malade entre à l'hôpital le 9 avril 1919. Il est malade depuis cinq jours.

A l'examen : l'épaule gauche est du volume d'une grosse orange, sillonnée de veines bleuâtres, avec un peu de rougeur. L'enfant tient sa main gauche avec la droite. Au premier abord, on dirait presque un ostéosarcome, avec rougeur en plus. L'état général est si mauvais que l'on n'ose pas opérer de peur de provoquer une issue mortelle. La température dépasse 40°. A la radio rien de visible.

Absès de fixation au flanc droit. Dès le lendemain la température

baisse régulièrement. La tuméfaction a diminué des deux tiers à la date du 14 avril. Pas de rougeur. L'abcès de fixation a pris dans de grosses proportions.

19 avril. — La température a baissé régulièrement pendant que l'épaule diminuait de volume au point de redevenir pareille à l'autre, mais l'enfant semble encore souffrir un peu et immobilis instinctivement son épaule gauche.

24. — La température a subi une nouvelle ascension et on voit un abcès à la partie antérieure de l'articulation. On l'ouvre et il en coule un pus plutôt clair et mal lié. La pince introduite dans le trajet arrive sur la tête humérale qui donne une sensation de rugosité. Drainage deux jours.

10 mai. — L'enfant a retiré de lui-même le bras malade du pansement. L'épaule est redevenue à son volume normal. Elle n'est plus douloureuse à la pression, mais l'abcès de fixation s'est un peu infecté et c'est lui qui semble donner les quelques oscillations que l'on voit depuis quelques jours.

19. — Le petit malade remue son bras avec aisance, le met sur la tête, s'en sert pour prendre ses jouets. Il a repris sa gaieté habituelle. La température a baissé. Seule subsistent les traces de l'abcès de fixation. En fait, la guérison est d'ores et déjà obtenue, parfaite avec un très léger épaissement de la tête humérale.

Sort le 22 mai guéri.

OBSERVATION VII

OSTÉOMYÉLITE DU FÉMUR DROIT

Girardin Paule, 11 ans et demi.

La malade entre à l'hôpital le 18 avril 1919, pour phénomènes douloureux au niveau de l'extrémité supérieure du fémur droit. L'extrémité supérieure de la cuisse est très œdématisée, la peau est rouge, luisant, la marbrure veineuse accentuée. Les mouvements sont très limités et douloureux. La palpation permet de déceler un abcès sous-cutané. L'état général est mauvais. La température atteint 39°5.

Le lendemain, incision antérieure d'exploration de la hanche. On trouve un abcès antéro-externe ne communiquant pas avec l'articulation. Contre-incision externe latéro-trochantérienne. On arrive sur le fémur où on perçoit une portion d'os dénudé. Devant le peu de lésion

apparente du fémur, on se contente de drainer et on surveille la malade. Les jours suivants les phénomènes locaux et généraux semblent s'amender. Les 28 et jours suivants, aggravation nouvelle, la température atteint 41°, le 2 mai, hydarthrose du genou.

Le 3 mai, on trépane et on évide le fémur depuis le grand trochanter jusqu'à l'épiphyse inférieure, on trouve du pus sur tout le trajet avec des segments minimès de moëlle saine, mais qui en réalité est en voie de transformation purulente. L'articulation du genou n'a pas été ouverte. Lavage à l'éther, pansement à plat, gouttière.

La malade est très shockée. L'anesthésie a duré une heure et demie. Le pouls est presque imperceptible, la dyspnée très accentuée. Injection massive d'huile camphrée (30 cc.). Caféine, sérum adrénaliné (400 cc.). Potion au lactose. Après cette thérapeutique l'état général s'améliore. On continue l'huile camphrée et le sérum pendant deux jours. La malade se remonte de plus en plus. On place des tubes pour le Dakin, le 3 mai. La plaie suppure abondamment. Le 6, au matin, l'état général baisse de nouveau. Apparition subite d'une parotidite droite, localisation douloureuse dans le poignet. On fait alors un abcès de fixation dans le flanc.

7 mai. — La petite malade semble aller mieux. Commencement de réaction au niveau de l'abcès.

8 mai. — L'enfant meurt avec des phénomènes de septicémie.

OBSERVATION VIII

OSTÉOMYÉLITE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU FÉMUR DROIT

Gaillat Claudius, 10 ans et demi.

Le 10 mai 1919, l'enfant tombe sur la hanche droite ; il peut se relever et marcher quoique avec une gêne appréciable.

Le 14 mai, l'enfant essaie de se lever, sans y parvenir et doit rester au lit. On fait alors venir un rebouteux, mais devant l'accroissement des phénomènes locaux et généraux, on conduit l'enfant à Lyon et un médecin l'envoie à la Charité avec le diagnostic d'ostéomyélite.

A l'entrée, on note une tuméfaction globuleuse de l'extrémité de la cuisse droite. La mensuration accuse 42 cent. à droite et 40 à gauche. La peau est tendue, luisante ; la circulation veineuse collatérale est très marquée. Le malade immobilise sa cuisse. La palpation est difficile, douloureuse plus particulièrement au niveau du grand trochanter. Elle permet de déceler une fluctuation nette. L'état général est si

mauvais qu'on redoute une intervention pour le petit malade. La température est 39°9.

17 mai. — Abscès de fixation de 3 centimètres cubes. Grand pansement humide de la région malade.

Le 19 mai, l'abcès de fixation a pris dans d'excellentes conditions ; en même temps que rétrocédaient les phénomènes généraux et locaux. La fluctuation qu'on notait à l'entrée a diminué. Une ponction exploratrice destinée à ramener du pus pour confirmer la fluctuation échoue. L'aiguille s'obstruant par de petits caillots sanguins.

Les jours suivants, la température baisse progressivement. La tuméfaction n'est plus appréciable. Sauf un peu d'empâtement, la fluctuation a disparu. L'os n'est plus douloureux, il est difficile de se rendre compte si son volume est modifié. La radiographie montre une augmentation d'épaisseur de l'épiphyse fémorale droite : 2 mm. de différence sur la radiographie. Les jours suivants la température n'atteint plus 38°.

Le 25 mai, incision de l'abcès qui est mûr, nettoyage de la cavité et suture de la peau.

1^{er} juin. — Le malade est toujours à l'hôpital. Il va bien, les phénomènes généraux et locaux sont complètement apaisés. La cicatrice de l'abcès est en bonne voie de guérison.

CONCLUSIONS

1° Dans la première phase de l'ostéomyélite aiguë, qui est une période d'intoxication générale sans localisation précisée, le traitement chirurgical doit être différé pour plusieurs raisons :

a) Difficulté de fixer, d'une façon nette, le point osseux atteint quand il n'y a pas d'abcès formé ;

b) Danger d'une intervention chirurgicale pour une lésion osseuse mal précisée, lorsque celle-ci se trouve dans une région profonde et au voisinage d'une grande articulation ;

c) Crainte, lorsque l'état général est déjà fortement touché, de faire rentrer dans la circulation générale, des toxines et des produits infectieux qu'il est préférable de voir se fixer ;

2° Cette période d'hésitation, de confirmation du

siège précis peut être utilement employée à faire un abcès de fixation ;

3° Cet abcès doit être fait immédiatement avec une dose de 2 à 3 cc. d'essence de térébenthine, et sa constitution doit être sollicitée par des injections répétées de 1 cc. toutes les 36 heures jusqu'à réussite, et par des applications chaudes, car il s'agit d'aboutir non pas à un abcès anatomique, mais à un véritable abcès chirurgical ;

4° Dans toutes les observations que nous avons signalées, l'apparition de l'abcès a coïncidé avec la diminution progressive et la disparition des phénomènes généraux et locaux ;

5° L'abcès ne doit être ouvert que lorsque tout est rentré dans l'ordre, en raison de l'asepticité de la suppuration, il peut être enlevé en bloc et la peau suturée.

<i>Vu :</i>	<i>Le Président de la Thèse,</i>
Le Doyen,	PIC.
HUGOUNENQ.	

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 12 juin 1919.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
Pour le Recteur, et par délégation,
LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
DEPÉRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNOZAN. — Les abcès de fixation. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1901.
- BALL. — Des abcès de fixation chez le cheval (*Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie de la Drôme*, 1901).
- BAUER. — *Virchow's Arch.*, 1899.
- BRANTHOMME. — Trois cas d'abcès de fixation dans la pneumonie. *Revue de médecine*, 1896.
- CARLES. — Les abcès de fixation dans les maladies infectieuses et les intoxications. Thèse Bordeaux, 1902.
- CHANTEMESSE. — *Bulletin et mém. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1892.
- CHARRIN. — Société de biologie, 1887. — *Semaine médicale*, 1897.
- DE BARRY et GRAWITZ. — *Virchow's Archiv.*, 1887.
- DIEULAFOY. — *Bulletin de mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, mars 1892.
- DUVERGEY. — Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, 1901.
- FABRE. — *Lyon médical*, 1905. — *Obstétrique*, 1908.
- FOCHIER. — Traitement des infections pyogènes généralisées, *Lyon médical*, 23 août 1891. — *Bull. de l'Ac. de méd.*, 1891. — *Lyon médical*, 1892. — *Bull. de l'Ac. de méd.*, 1892.
- GAUTIER. — *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1897.
- GINGEOT. — *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1892.
- GUILLAUMONT. — Thèse Nancy, 1893.
- JACQUES. — Thèse Bordeaux, 1896.
- LARDIER. — *Bull. méd. des Vosges*, 1892.
- LÉPINE. — *Semaine médicale*, fév. 1892.
- MERCANDINO. — *Gaz. méd. di Torino*, 1892. z
- PERCEROT. — Traitement de la fièvre puerpérale par l'ess. de térébenthine, Thèse Lyon 1908-1909.
- REVILLIOD. — *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1892-1896.
- SENN. — Thèse Genève, 1898.
- SPILLMANN. — Traitement des pneumonies graves par les injections sous-cutanées d'ess. de térébenthine. *Revue médicale de l'Est*, 1892.
- THIROLOIX. — *Semaine médicale*, 1904.
- TRIFON. — Thèse Lyon, 1899-1900.
- VINCENT. — *Lyon médical*, 1906.
- VOITURIER. — Thèse Lyon, 1908-1909.
- VORON et GENET. — *Lyon médical*, 1906.
- WINTERNITZ. — Action antiseptique des essences.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
CHAPITRE I ^{er} . — Historique	7
CHAPITRE II. — Technique et étude clinique de l'abcès de fixation.	11
CHAPITRE III. — Mode d'action.	13
CHAPITRE IV. — L'abcès de fixation dans l'ostéomyélite. Généralités.	17
CHAPITRE V. — Résultats cliniques.	21
CHAPITRE VI. — Observations.	25
CONCLUSIONS.	33
BIBLIOGRAPHIE.	35
